

# Introduktion till OECl

OECl ackreditering av region Östergötland, Universitetssjukhuset och Universitetet

# Innehållsförteckning

- Bakgrund
- Syfte och mål
- Fördelar med ett ackrediterat cancercenter
- Beskrivning av ackrediteringen
- Status ackreditering

# Bakgrund

- I ett mål framtaget av EU skall 90% av alla cancerpatienter få tillgång ackrediterade cancervård
- Regionalt cancercenter (RCC) nationellt och regionalt stöder denna process
- Organisation European Cancer Institute (OEI) är en europeisk standard med syftet att ge patienter en högkvalitativ och likvärdig cancervård i hela Europa.
  - Standarden syftar till att säkra kvalitet på prevention, screening, diagnostik, behandling, eftervård, palliativ vård, patientvägar och patientpåverkan på vården.
  - Standarden syftar också till att accelerera cancervårdens utveckling genom högkvalitativ forskning och undervisning.
- Region Skåne, Göteborg och Stockholm är ackrediterade enligt OEI. Även Uppsala och Umeå är på väg att ackreditera sig.
- 25/8-21 beslutade regionstyrelsen att Region Östergötland ska ackreditera sig enligt OEIs standard och bilda ett cancercentrum.

# Bakgrund, forts

- Under december 2021 och våren 2022 påbörjades arbetet med projektet att ackreditera region Östergötland.
  - En arbetsgrupp bildas, 18 möten hittills
- Under ett OECl anordnat möte i Valencia 20220615-17 blir region Östergötland medlemmar av OECl
  - Ett avgörande steg för att få påbörja ackrediteringsprocessen
- I Valencia diskuteras ett nordiskt nätverk för cancercentrum
  - Vi är inbjudna till ett första möte januari 2023 Göteborg

# Syfte och mål

- Syftet med detta projekt är att skapa ett fungerande cancercentrum som är ackrediterat enligt standarden för OECl. Detta på uppdrag av regionstyrelsen för att säkra att patienter i regionen har tillgång till ett högkvalitativt cancercentrum.
- Målet med projektet är att:
  - Bygga en ny gemensam cancerorganisation
  - Höja kvaliteten på alla delar av cancervård, forskning och utbildning
  - Identifiera våra svagheter och påbörja arbetet med att förbättra dem
  - Tydliggöra patienterna i varje steg av cancerprocessen
  - Skapa en struktur där cancerverksamheten utvecklas efter professionens behov
  - Inleda samarbete på nationell och internationell nivå



## Fördelar med ett ackrediterat cancercenter

- Patientcentrerad vård
- En ny gemensam cancerorganisation
- Säkerställa att alla processer är beskrivna och kvalitetssäkrade
- Belysa samarbetet mellan kliniker och universitetet

## Patientcentrerad vård

- Stärkt patientroll, ökad inblick i vårdens alla delar
- Ökat användande av PROM och PREM
- Delaktighet i verksamhetsutveckling och forskning
- Ökat inflytande från patientföreningar

## En ny gemensam cancerorganisation

- Skapa en struktur där cancerverksamheten utvecklas efter professionens behov och inte utifrån toppstyrning
- Enklare att prioritera resurser
- Stärker positionen för alla yrkesgrupper som arbetar med cancervård
  - Extra fokus på kontaktsjuksköterskor
- Enklare samarbeten med andra cancercenter inom Europa



## Säkerställa att alla processer är beskrivna och kvalitetssäkrade

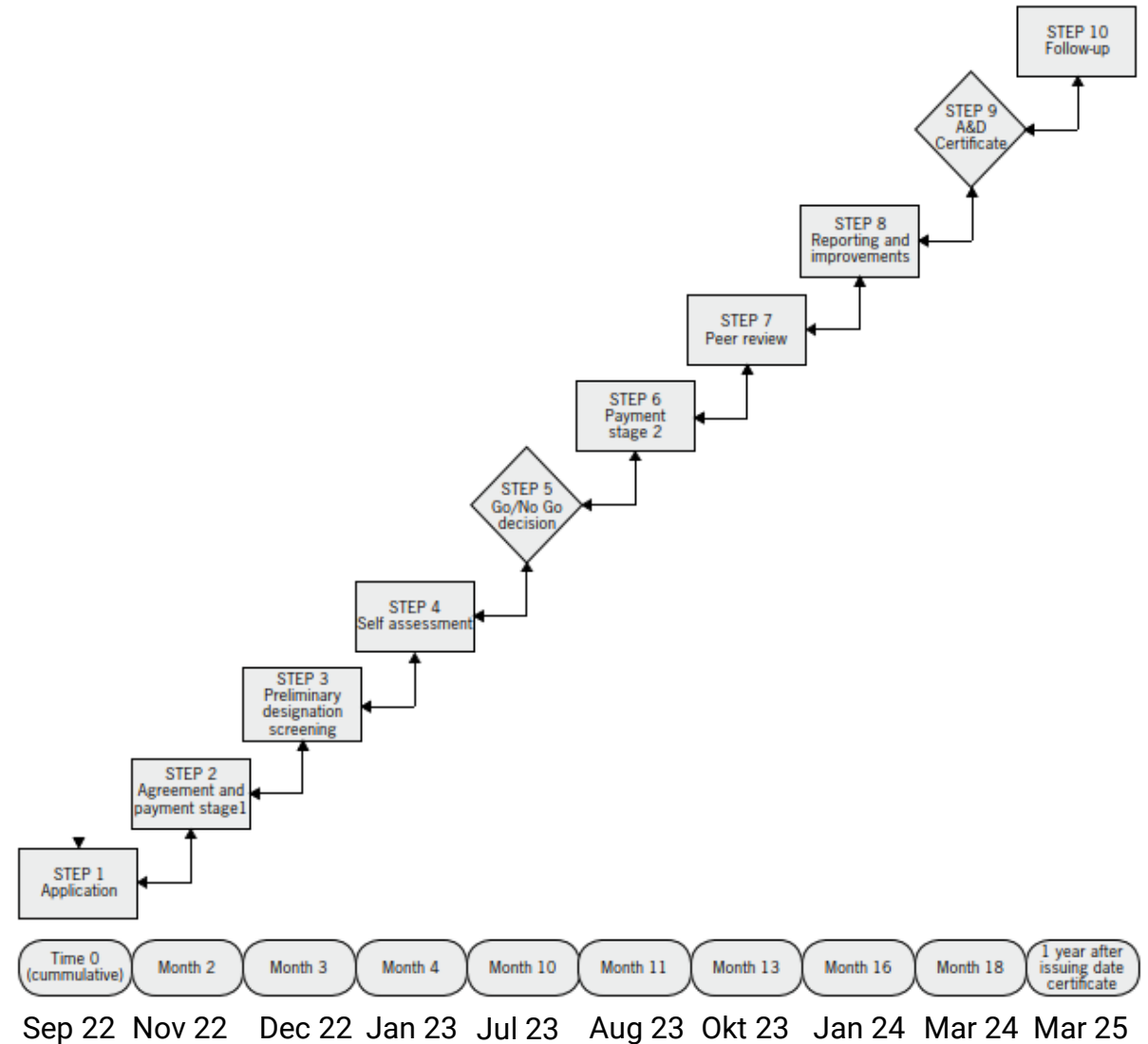
- Detaljerad genomlysning av hela regionens cancervård
- Ökad kvalitet genom hela processen från prevention till palliation
- Finna våra styrkor och svagheter
- Bättre överblick på grund av förenklad framtagning av data

## Belysa samarbetet mellan kliniker och universitetet

- Öka cancerforskningsaktiviteten
- Få tillgång till större internationella anslag (EU medel)
- Bli inbjuden till/medverka i nationella och internationella forskningsnätverk
- Få en tydlig överblick över vad vi deltar i och vad vi producerar
- Ökat antal patienter i kliniska studier
- Skapa gemensam databas där vi kan följa forskningsproduktion, studieinklusion, anslagstilldelning, utbildningsaktivitet.

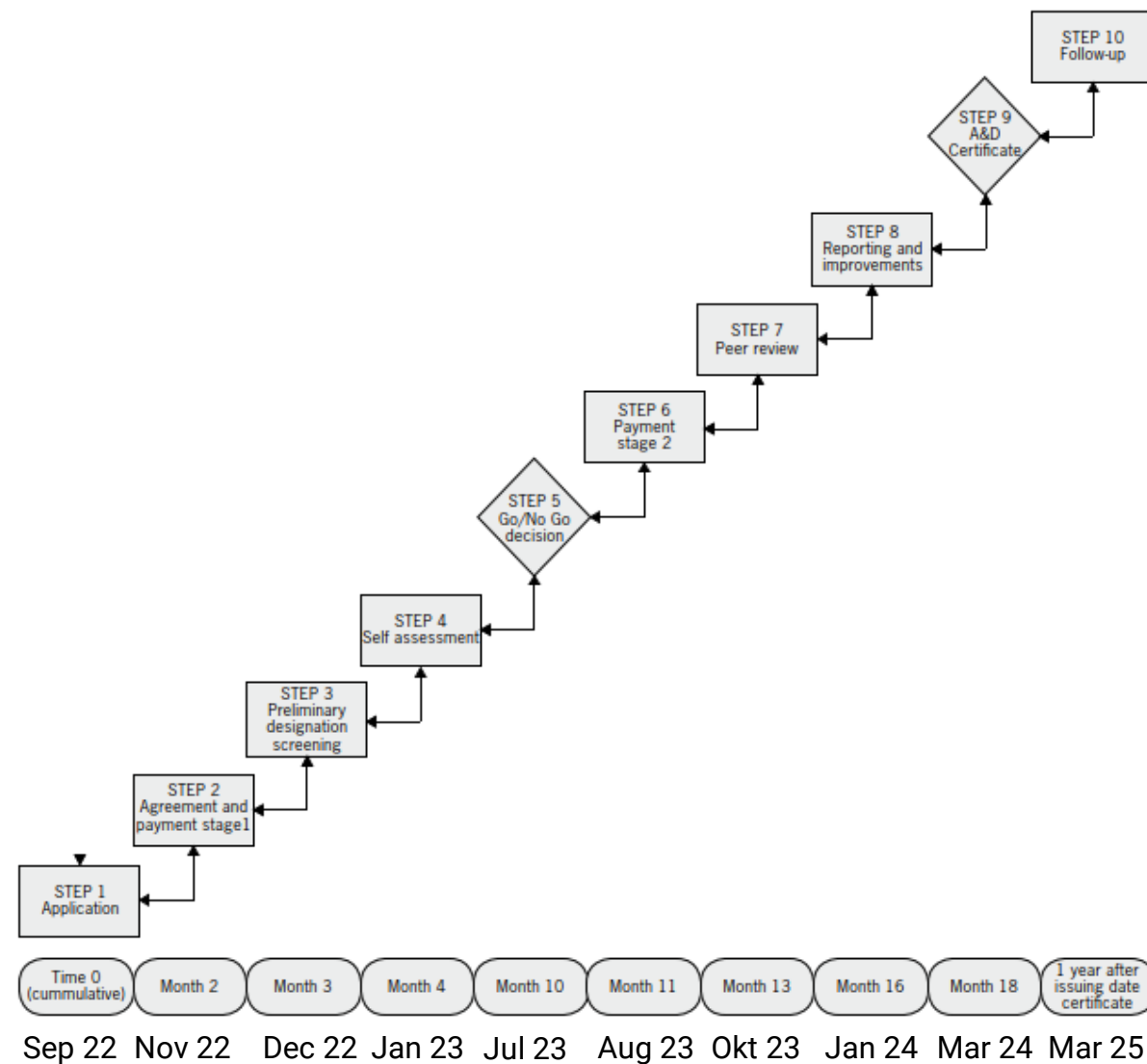
# Beskrivning av ackreditering

- Ackrediteringsprocessen består av 10 steg
- 1. Ansökan. Här finns mer generella frågor om vår verksamhet.
- 2. Om ansökan godkänns så sker här betalning
- 3. Preliminär bedömning som avgör om vi får klassas som cancer center eller comprehensive cancer center. Skillnaden mellan comprehensive och vanligt cancer center ligger primärt i hur mycket forskning som bedrivs.
- 4. Självbedömning. Här ska vi identifiera hur vi förhåller oss till OECl standard och frågeformulär (appendix 2 och 3). Vi ska beskriva hur det ser ut, gradera oss själva samt göra förbättringsplaner där det behövs. Detta är det mest omfattande och tidskrävande steget och beräknas ta runt 6 månader. **I detta steg involveras kliniker och universitetet för att besvara dessa punkter.**



# Beskrivning av ackreditering, forts

- 5. Beslut tas om vi bedöms uppnå kraven för ackreditering baserat på 4.
- 6. betalning för start av avslutande steg.
- 7. OECl besöker oss för att bedöma verksamheten
- 8. Rapport från OECl följs av att vi skriver en uppföljningsplan för vår verksamhet. Sedan skriver OECl ihop en slutgiltig rapport i samband med sitt beslut om vi blir godkända.
- 9. Certifikat utdelas ifall 8 godkänns. Giltigt i 5 år.
- 10 Uppföljning av handlingsplanen.



# Beskrivning av ackrediterings- fokus på manualen

Standarden kommer vara en stor del av detta arbete.

Den täcker in en rad olika ämnen som delats upp i 9 kapitel, se bild

# Appendix II

## OECD

# Qualitative Standards

1. Governance of the cancer centre/institute	5
2. Organisation of quality systems	7
3. Patient involvement and empowerment	10
4. Multidisciplinarity	13
5. Prevention and early detection	15
6. Diagnosis	16
7. Treatment	18
8. Research	24
9. Education and training	28

# Beskrivning av ackreditering–fokus på manualen

Varje kapitel består av ett antal standarder, som i sin tur delas upp i specifika underkategorier

Standards kan exempelvis röra sig om:

- Kvantitativa krav på ex. budget, forskningspublikationer, processtider, antal patienter.
- Kvalitativa krav på att standardiserade processer finns dokumenterade och efterlevs inom olika område både rörande klinisk verksamhet, diagnostik, kvalitet, informationssäkerhet, patientmedverkan etc.
- Krav på funktioner/organisation för styrning och uppföljning

## Chapter 3: Patient involvement and empowerment (standards 19 to 28)

### Patient involvement

#### Standard 19

It is the mission of the cancer centre/institute to encourage patient involvement in services.

1.	CORE The cancer centre/institute involves patients and patients' voluntary organisations and support groups in the planning and organisation of services.
2.	The standard process of introducing new practices in clinical care ensures that patients are involved.
3.	There is a committee representing patients and serving as a link between the cancer centre/institute and the patients for advice and consultation.

### Patient education programmes

#### Standard 20

Patient education programmes are in place.

1.	There are policies in place for patient education programmes where responsibilities and accountabilities of the staff are stated.
2.	CORE There are patient education programmes that aim at improving patient understanding of their illness, diagnosis, including information on self-care and how to manage multiple aspects of their illness or survivorship.
3.	The cancer centre/institute makes specific provisions for access for individuals with disabilities and special needs (e.g. reduced mobility, visual and hearing difficulties).
4.	CORE An information and support centre is available in the cancer centre/institute and easily accessible for staff, patients, family members and caregivers.
5.	The cancer centre/institute organises public events to showcase advances in cancer research.

# Beskrivning av ackreditering- fokus på manualen

Standarden innehåller också frågeformulär, också dem uppdelade i kapitel

## Appendix III

# OECI Quantitative Questionnaire

1. Governance	33
2. Organisation	36
3. Patient involvement and empowerment	42
4. Multidisciplinarity	43
5. Prevention and early detection	46
6. Diagnosis	47
7. Treatment	51
8. Research	57
9. Education and training	62
10. General	63

# Beskrivning av ackreditering- fokus på manualen

Standarden innehåller också frågeformulär, också dem uppdelade i kapitel

- Frågorna i formulären kan delas på liknande sätt som standarderna, dvs kvantitativa, kvalitativa och krav på organisationen.

## 2.2 Infrastructure

### 2.2.1 Activity and capacity in cancer care

Inpatient Care	Medical oncology and radiotherapy	Surgical oncology	Paediatric Oncology	Haemato-oncology	Bone Marrow Transplant	Palliative Care	Total
Number of inpatient beds for overnight stays							
Number of inpatient stays in index year (visits not nights)							

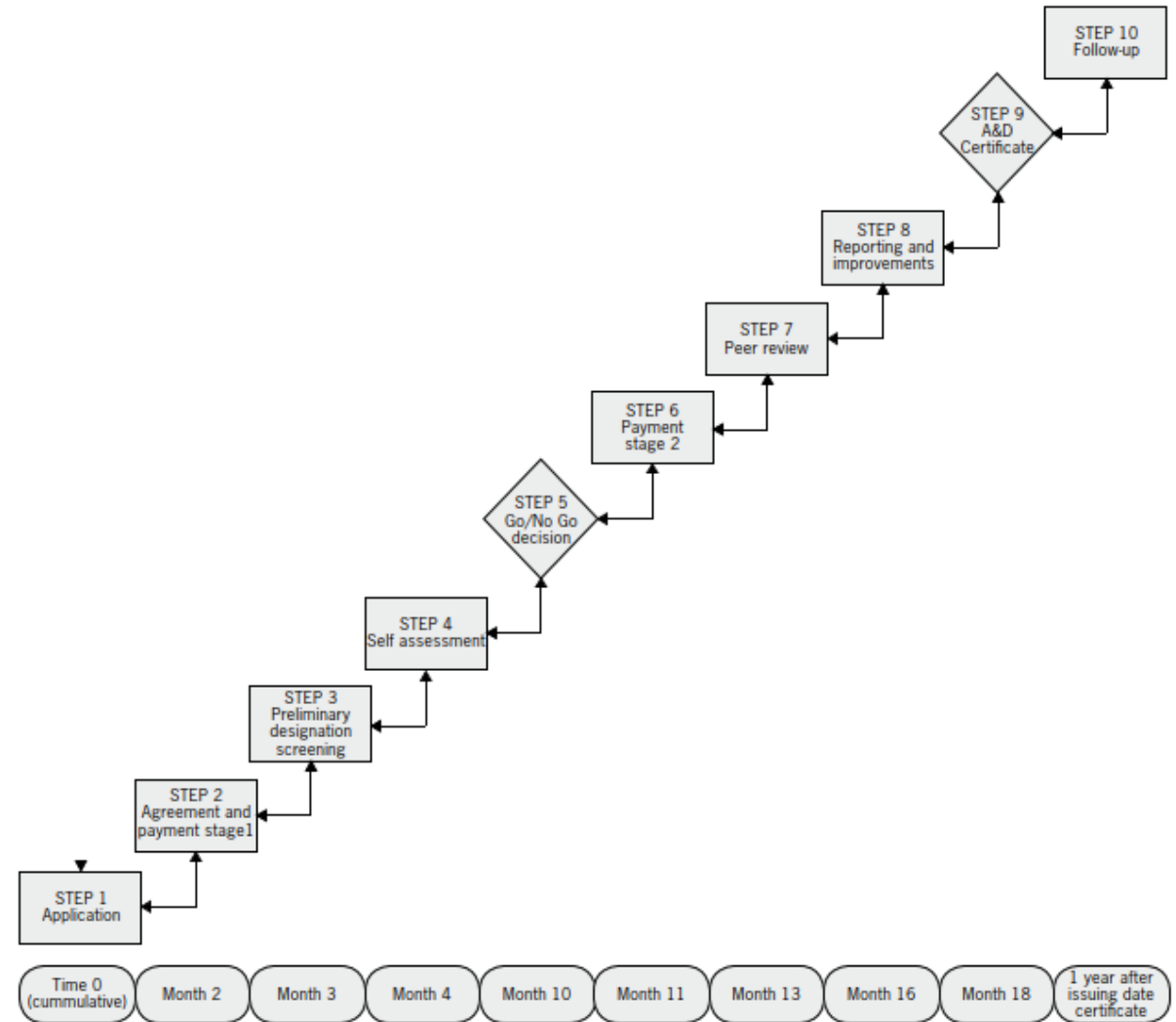
Medical Oncology	Oncology	Haemato-oncology	Paediatric Oncology	Total
Number of chairs/beds for systemic therapies				
Number of day chemotherapy visits in index year				

Outpatient Visits	Oncology (for medical oncology, surgery or radiotherapy)	Haemato-oncology	Paediatric Oncology	Total
Number of outpatient visits for consultations in the index year				

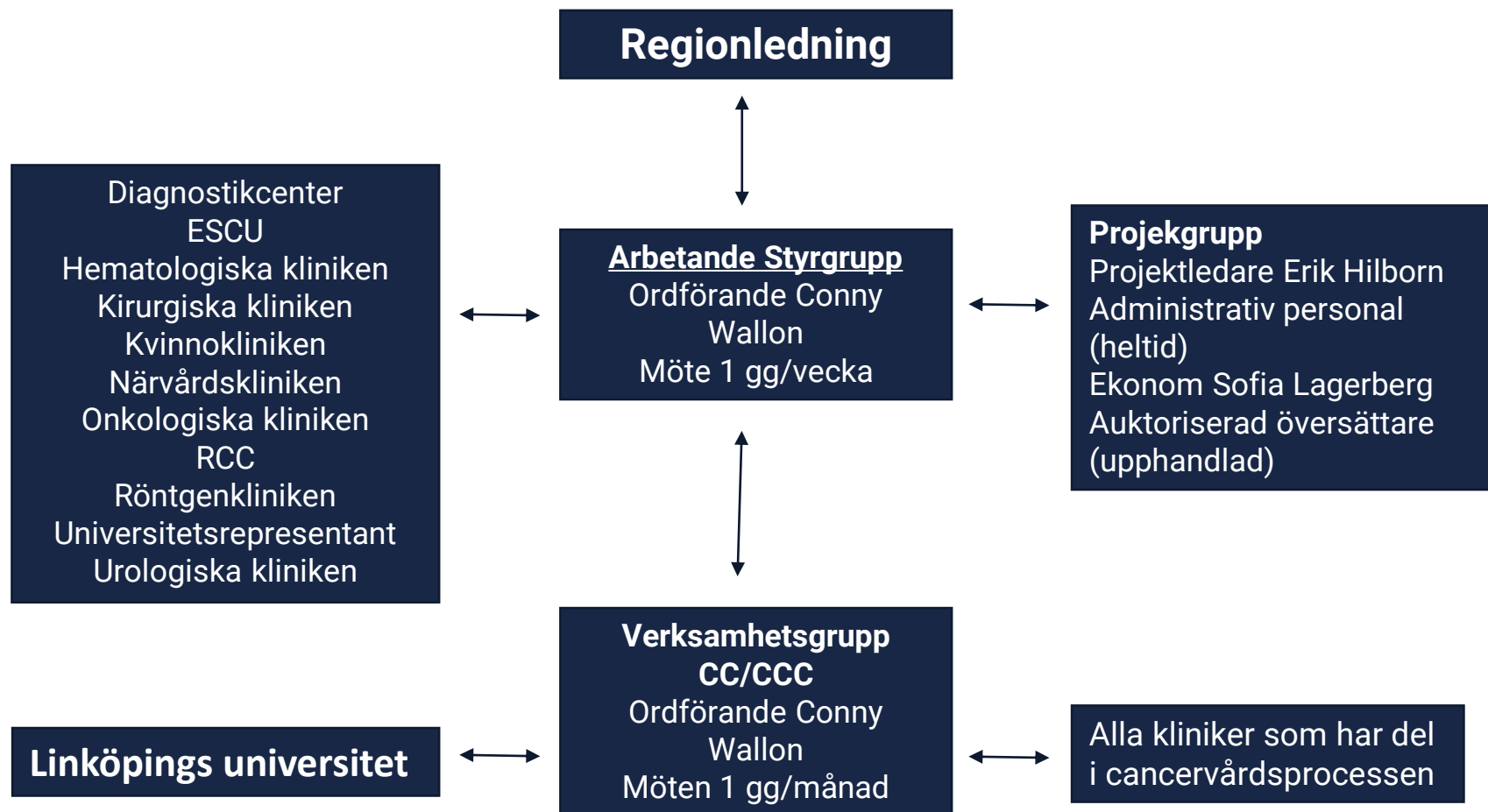


# Status ackreditering

- Under sommaren och tidig höst har vi arbetat med steg 1 i processen.
  - Steg 3 bygger på data som tas fram i steg 1, så indirekt arbetar vi även med steg 3.
  - Kliniker kontaktades för en del data, resterande togs fram av universitet och olika funktioner på US.
- Vi har också arbetat med förberedelser och påbörjat del av datainsamlingen för steg 4
  - Många olika funktioner är redan kontaktade
  - Under hösten kommer alla kliniker involveras

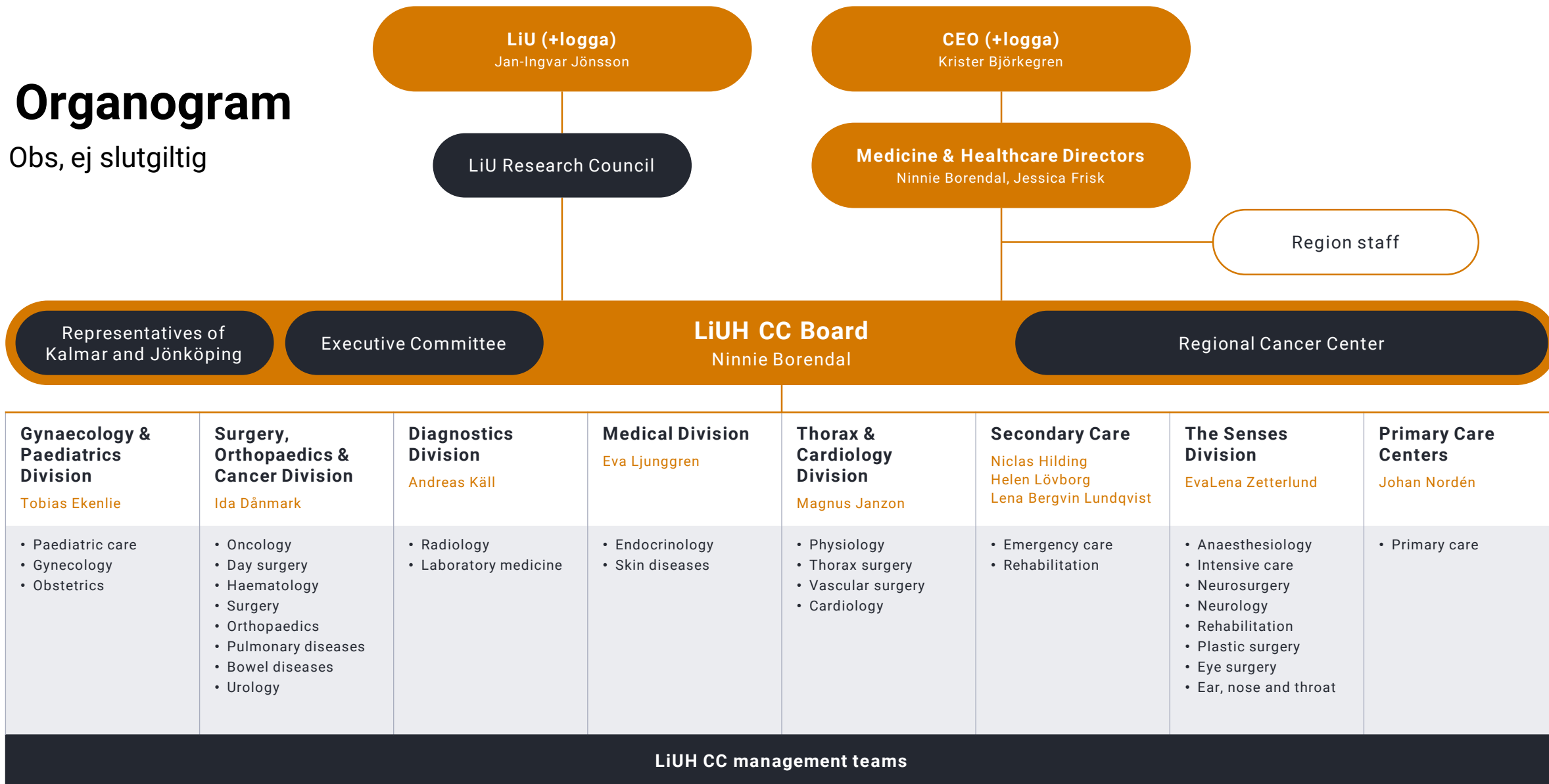


# Struktur för ackrediteringsarbetet



# Organogram

Obs, ej slutgiltig





**TACK!**